

Selbstauskunft/Nachweis nach § 6 Abs. 3 Nr. 4 und 5 TestV zur Inanspruchnahme von Testungen nach § 4a TestV

Nachweis der Identität

Personalausweis Reisepass

Ausweisnummer

Hiermit versichere ich,

Vor-(Ruf-) und Familienname

geboren am in

wohnhaft in

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

dass ich zu folgender Personengruppe gehöre:

- 0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 1 TestV:** Personen, die zum Zeitpunkt der Testung das fünfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben*
Name und Geburtsdatum des Kindes
- 0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 2 TestV:** Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation, insbesondere einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel, zum Zeitpunkt der Testung nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder in den letzten drei Monaten vor der Testung aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden konnten*
- 0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 3 TestV:** Personen, die zum Zeitpunkt der Testung an klinischen Studien zur Wirksamkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 teilnehmen oder in den letzten drei Monaten vor der Testung an solchen Studien teilgenommen haben*
- 0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 4 TestV:** Personen, die sich zum Zeitpunkt der Testung aufgrund einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Absonderung befinden, wenn die Testung zur Beendigung der Absonderung erforderlich ist*
- 0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 5 TestV:** Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 (Besucher/innen und Behandelte oder Bewohner/innen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen)
- 3 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 6 TestV:** Personen, die an dem Tag, an dem die Testung erfolgt, eine Veranstaltung in einem Innenraum besuchen werden* **oder**
zu einer Person Kontakt haben werden, die
das 60. Lebensjahr vollendet hat **oder**





aufgrund einer Vorerkrankung oder Behinderung ein hohes Risiko aufweist,
schwer an COVID-19 zu erkranken

(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)

3 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 7 TestV:** Personen, die durch die Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts eine Warnung mit der Statusanzeige erhöhtes Risiko erhalten haben*

(Eigenbeteiligung i. H. v. 3,00 Euro, siehe § 4a Abs. 2 TestV)

0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 8 TestV:** Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen beschäftigen, sowie Personen, die bei Leistungsberechtigten im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind (Menschen mit Behinderungen und deren Betreuungskräfte)

0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 9 TestV:** Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (= eine Person, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person, die einen Pflegegrad nach dem SGB XI zuerkannt bekommen hat, in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen pflegt)

0 € **§ 4a Absatz 1 Nr. 10 TestV:** Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person in demselben Haushalt leben*

Ort, Datum

Unterschrift der Testperson bzw.
des/der Erziehungsberechtigten

.....
Durch die Teststelle auszufüllen:

Organisations-ID 49256517986 Teststellen-ID 538530-FWG

dazugehörige Adresse Stern-Apotheke
Straße, Hausnummer Boppstraße 32

Postleitzahl und Ort 55118 Mainz

Die o. g. Eigenbeteiligung wurde entrichtet (siehe oben)

Die durch die Testperson vorgenommenen personenbezogenen Angaben wurden seitens der Teststelle auf Richtigkeit überprüft.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Testenden

*Angaben durch entsprechende Dokumente zu belegen (z.B. amtlicher Lichtbildausweis, ärztliches Attest, Mutterpass, positiver Test, Eintrittskarte, Corona-Warn-App, Testergebnis und Nachweis des Wohnortes).

